

**UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA  
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES  
DEPARTAMENTO DE TRABAJO SOCIAL  
Tesis Licenciatura en Trabajo Social**

**Locura y psiquiatría en el Uruguay de principios  
del siglo XX: los modelos etiológicos detrás de la  
pericia psiquiátrica**

**Victoria Sarachu Silvestri**

Tutora: María José Beltrán Pigni

**2016**

*“And those who were seen dancing  
were thought to be insane by those  
who could not hear the music.”*

Friedrich Nietzsche

## **Agradecimientos:**

A mis padres por darme la oportunidad de poder estudiar esta carrera con todo el sacrificio que eso implicó y apoyarme en todo el proceso.

A toda la sala 10 (usuarios y profesionales) y la Unidad de Coordinación de Egreso Asistido por ayudarme a crecer como profesional y como persona, y lograr que me cuestione muchas cosas sobre la realidad que viven las personas que sufren enfermedades mentales en este país, lo que formó parte del motor de este trabajo.

A mi tutora María José Beltrán, por la gran ayuda y sobre todo por la paciencia.

Y a todos los profesores y compañeros que colaboraron con mi formación y me dieron una mano cuando la precisé en los cuatro años de carrera.

## ÍNDICE

Introducción .....	2
Capítulo 1: Psiquiatría y medicalización del crimen .....	8
1.1 Medicalización del crimen e incursión de la psiquiatría en el Derecho Penal .....	8
1.2 Antropometría y criminalidad .....	10
1.3 La teoría de la degeneración hereditaria .....	13
1.4 Hacia una nueva forma de entender las enfermedades mentales .....	16
Capítulo 2: Empoderamiento psiquiátrico en el Uruguay de fines del siglo XIX y principios del XX .....	18
2.1 El proceso de Modernización como contexto .....	18
2.2 El primer manicomio uruguayo .....	18
2.3 Secularización y medicalización .....	20
2.4 Higienismo y medicina preventiva .....	21
2.5 La locura en el Uruguay del Novecientos .....	22
2.6 Medicina y Derecho Penal .....	23
2.7 Institucionalización y consolidación de la psiquiatría como profesión .....	26
Capítulo 3: Modelos etiológicos y pericia psiquiátrica en el Uruguay de fines del siglo XIX y principios del XX .....	29
3.1 Psiquiatría y organicismo positivista .....	29
3.2 Un informe médico legal de 1893: el caso de José Eggeo .....	31
3.3 Un informe médico legal de 1900: el caso de A. G. ....	33
3.4 Consideraciones sobre los informes médico legales expuestos .....	36
Consideraciones finales .....	40
Bibliografía .....	42
Anexos .....	45

## INTRODUCCIÓN

El presente trabajo constituye la monografía final de grado de la Licenciatura en Trabajo Social de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de la República.

La temática a elección fue: “Locura y psiquiatría en el Uruguay de principios del siglo XX: los modelos etiológicos detrás de la pericia psiquiátrica”, en el cual se estudiará el contexto sociocultural del Uruguay de fines del siglo XIX y principios del XX, las concepciones en cuanto al concepto de “locura” arraigadas en dicha sociedad, el rol de la psiquiatría y su alcance, y se hará especial hincapié en los diferentes modelos etiológicos de la enfermedad mental de la época tratando de determinar cómo y en qué medida influyeron en la psiquiatría uruguaya y su avance hacia el territorio del Derecho Penal, considerando fundamentalmente la aplicación de la herramienta que consolidó dicho avance: la pericia psiquiátrica, que en la época se le denominaba informe médico legal.

El interés sobre dicha temática deriva de la experiencia vivida en el año 2014 en el desarrollo de la materia Proyectos Integrales II, que constituye el segundo año de la práctica pre-profesional de la carrera, y se desarrolló, en este caso, en la sala 10 del Hospital Vilardebó. La particularidad de dicha sala es que consiste en una sala de seguridad, que como las describe Cabrera et al. (2009):

En estas salas se encuentran pacientes declarados inimputables<sup>1</sup> y población que proviene de Establecimientos Carcelarios y se encuentran en el Hospital por necesitar algún tipo de tratamiento transitorio y que luego de realizado dicho procedimiento vuelve a la institución de origen. (2009: 3)

---

<sup>1</sup> El Código Penal, en el Título II «De las circunstancias que eximen de pena», Capítulo II «De las causas de inimputabilidad», Artículo 30 (Locura), dice: «No es imputable aquel que en el momento que ejecuta el acto por enfermedad física o psíquica, constitucional o adquirida, o por intoxicación, se hallare en tal estado de perturbación moral, que no fuere capaz o solo lo fuere parcialmente, de apreciar el carácter ilícito del mismo, o de determinarse según su verdadera apreciación. Esta disposición es aplicable al que se hallare en el estado de espíritu en ella previsto, por influjo del sueño natural o del hipnótico»

La población de la sala, por lo tanto, está constituida por pacientes judiciales inimputables e imputables, estos segundos debido a que los centros carcelarios uruguayos no cuentan con pabellones psiquiátricos dentro del establecimiento. Esta situación me despertó cierta curiosidad en cuanto al tema de la inimputabilidad por enfermedad mental, sobre todo en cuanto a quién o quiénes determinan si un individuo es o no imputable, qué herramientas, tanto teóricas como prácticas, son utilizadas para ello y sobre todo: cuándo, cómo y en qué contexto surgió esta práctica en el sistema penal uruguayo.

Dicha curiosidad me llevó, en su momento, a profundizar un poco sobre el tema, encontrando que en la actualidad, la declaración de la inimputabilidad está a cargo del Juez con asesoramiento de los peritos del Instituto Técnico Forense (ITF), por lo que en cuanto a los pacientes judiciales el Hospital se encarga únicamente de cumplir las medidas curativas (tratamiento psiquiátrico) y está a cargo del cuidado del paciente hasta que el Juez lo disponga, no teniendo incidencia en movimientos de sala dentro del Hospital, salidas transitorias o el propio egreso (Cabrera et al., 2009).

Esa pequeña indagación me generó nuevas inquietudes sobre todo en lo que refiere al médico psiquiatra como figura decisiva dentro del proceso penal y al alcance de su palabra, así como la importancia y utilidad de la pericia psiquiátrica. De esta manera, decidí enfocarme en la génesis de todo esto, para lograr entender cómo surgió y se desarrolló el poder psiquiátrico en el derecho penal, y sobre todo, en qué consistieron las primeras pericias psiquiátricas con fines legales, qué herramientas utilizaban para determinar la locura de un individuo y en qué contexto nació y se desarrolló todo este proceso.

De este modo, determinar en qué características se basaban los psiquiatras en Uruguay a fines del siglo XIX y comienzos del siglo XX, al momento de determinar si, un individuo que cometió un delito, padecía una enfermedad mental, constituye el objetivo principal del presente trabajo.

Por otro lado, indagar sobre el contexto socio-cultural en el que se encontraba el país cuando emergió la intervención de la psiquiatría en el Derecho Penal uruguayo e investigar cuáles fueron los modelos etiológicos que influenciaron las

prácticas de los psiquiatras uruguayos a fines del siglo XIX y comienzos del siglo XX, forman parte de los objetivos específicos.

El trabajo de investigación, entonces, está orientado a indagar cuestiones como las siguientes: ¿Cuáles eran los modelos etiológicos de la enfermedad mental imperantes en la época? ¿Cuándo se incluyó a la psiquiatría en el terreno penal uruguayo? ¿Cuáles fueron las características de dicho proceso? ¿En qué contexto socio-cultural se desarrolló? ¿Este contribuyó o impuso trabas al avance de la psiquiatría a nuevos terrenos? ¿De qué fundamentos y herramientas se valió la psiquiatría uruguaya a comienzos del siglo XX? ¿En qué consistían las pericias psiquiátricas realizadas en Uruguay en esa época?

En concordancia con la temática y los objetivos planteados, buscando descubrir y reflexionar en torno a los mismos, se utilizará una metodología de corte cualitativa. Las técnicas seleccionadas para la recolección de datos son la revisión y el análisis bibliográfico de diferentes fuentes documentales, destacándose entre ellas dos informes médico-legales de fines del siglo XIX y principios del siglo XX, obtenidos del Archivo General de la Nación y de la Revista Médica del Uruguay.

Para poder contextualizar teóricamente la temática del presente trabajo, considero pertinente hacer referencia a determinados conceptos y procesos que contribuirán a un mejor entendimiento del tema por parte del lector.

Históricamente las sociedades han tendido a segregar lo diferente, siendo una expresión de ello el aislamiento de las personas con enfermedades mentales. Desde una perspectiva foucaultiana, puede decirse que en los siglos XVII y XVIII se constata la aparición de técnicas de poder centradas esencialmente en el cuerpo individual (anatomopolítica), pero durante la segunda mitad del siglo XVIII aparece otra tecnología de poder no disciplinaria que no excluye a la primera, si no que la engloba, la integra, la modifica parcialmente, aplicándose no al cuerpo si no al hombre vivo con un carácter masificador: la biopolítica. Esta tecnología intenta controlar los procesos de natalidad, mortalidad y longevidad, y tratará el problema de los individuos que quedan fuera del campo de la capacidad, actividad: accidentes, invalidez y diferentes anomalías, planteando la necesidad

de la muerte o apartar de la sociedad a los criminales, lo mismo para la locura y las anomalías (Foucault, 2000).

Por otro lado, a mediados del siglo XIX en Europa (y a fines del siglo XIX y principios del XX en Uruguay) se encontraba desarrollando fuertemente el proceso de medicalización de la sociedad, que fue paulatinamente ganado terreno y conquistando nuevos espacios sociales. El mismo se caracteriza por la expansión de los parámetros tanto ideológicos como técnicos dentro de los cuales la medicina produce saberes e interviene, abarcando áreas de la vida social que en el pasado se consideraban ajenas a sus tradicionales dominios (Mitjavila, 1998).

Para que algo pueda ser medicalizado es necesario que sea clasificado, evaluado, caracterizado en términos de normalidad-anormalidad, de esta forma, normalizar implica establecer modelos controlados de conducta frente a la enfermedad y también frente a la salud (Mitjavila, 1998).

El proceso de medicalización está estrechamente ligado al biopoder y la necesidad del Estado de ejercer un control sobre los individuos, en el cuerpo y con el cuerpo, siendo el cuerpo una realidad biopolítica y la medicina una estrategia biopolítica (Foucault en Mitjavila, 1998).

Es mediante este proceso, entonces, que la medicina empieza a intervenir en cada vez más áreas de la sociedad estableciendo parámetros dicotómicos entre lo que, esta disciplina, considera normal y anormal, ejerciendo así cierto control sobre el cuerpo de los individuos. Las conductas y/o características consideradas como socialmente indeseables al ser medicalizadas pasan a ser consideradas anormalidades, y los individuos portadores de esas conductas socialmente desviadas empiezan a representar una amenaza para la sociedad (Mitjavila, 1998).

De esta forma, entra en juego la noción del "individuo peligroso". Castel (1986), hace hincapié en la dualidad del concepto de peligrosidad, que implicaría al mismo tiempo la afirmación de la presencia de una cualidad inmanente al sujeto (es peligroso) y una simple probabilidad, puesto a que la prueba del peligro se

tendrá solo cuando el acto se haya realizado. Por lo tanto, según el autor, solo existirían imputaciones de peligrosidad, es decir, una hipótesis basada en determinados síntomas actuales que podrían desencadenar determinado acto futuro.

En la medicina mental clásica las intervenciones se realizaban en base a estas imputaciones de peligrosidad bajo el principio de que “en caso de duda, más vale actuar” ya que si se cometía un error nadie podría saberlo, pero si no se actuaba y el sujeto cometía un acto, sería responsabilidad del psiquiatra. De esta forma, las tecnologías preventivas de las que se valió la psiquiatría clásica fueron muy básicas: el encierro y la esterilización de los individuos supuestamente “peligrosos” (Castel, 1986).

Sobre ello se profundizará al tratar los modelos etiológicos<sup>2</sup> de los trastornos mentales que se abordarán en el presente trabajo.

La organización de este documento constará de tres capítulos:

- En el primer capítulo se estudiarán las cuestiones centrales sobre la medicalización de la sociedad, haciendo especial hincapié en la medicalización del crimen. También se hará referencia al poder psiquiátrico y su avance en el terreno del Derecho Penal, investigando sobre cuándo y cómo se originó y desarrolló este proceso. Por otro lado, se estudiarán los diferentes modelos etiológicos de las enfermedades mentales imperantes a mediados del siglo XIX y principios del siglo XX.

Se organizará en cuatro subcapítulos: “Medicalización del crimen e incursión de la psiquiatría en el Derecho Penal”, “Antropometría”, “La teoría de la degeneración hereditaria” y “Hacia una nueva forma de entender las enfermedades mentales”

---

<sup>2</sup> Según Laplantine “(...) un modelo etiológico (...) es una matriz que consiste en una cierta combinación de relaciones de sentido y que comanda, con más frecuencia ante el desconocimiento de los actores sociales, soluciones originales, distintas e irreductibles, para responder al problema de la enfermedad”. (en Fontes, 2010: 3) (original en portugués)

- En el segundo capítulo se estudiará el contexto social, cultura, político y económico del Uruguay de fines del siglo XIX y principios del XX, pretendiendo establecer una relación entre el empoderamiento de la psiquiatría y su avance en los diferentes ámbitos de la sociedad y dicho contexto.

Se organizará en siete subcapítulos: “El proceso de Modernización como contexto”, “El primer manicomio uruguayo”, “Secularización y medicalización”, “Higienismo y medicina preventiva”, “La locura”, “Medicina y Derecho Penal” e “Institucionalización y consolidación de la psiquiatría como profesión”

- En el tercer y último capítulo se investigarán los diferentes modelos etiológicos presentes en el discurso psiquiátrico uruguayo de fines del siglo XIX y principios del XX. Se pretenderá ilustrar la forma en que fueron aplicados en la práctica mediante la descripción y análisis de fuentes documentales de la época. Dichas fuentes estarán constituidas por dos informes médico legales realizados por psiquiatras de la época a dos individuos que cometieron delitos considerados graves, donde se podrá observar el proceder de los mismos al momento de determinar si los individuos padecían o no de “locura”.

Estará organizado en cuatro subcapítulos: “Psiquiatría y organicismo positivista”, “Un informe médico legal de 1893: el caso de José Eggeo”, “Un informe médico legal de 1900: el caso de A. G.” y “Consideraciones sobre los informes médico legales expuestos”

Por último, a modo de cierre el trabajo contará con algunas consideraciones finales de elaboración propia teniendo en cuenta lo abordado a lo largo de la investigación.

## Capítulo 1: Psiquiatría, medicalización del crimen y modelos etiológicos

### 1.1 Medicalización del crimen e incursión de la psiquiatría en el Derecho Penal

En el siglo XVIII, como explica Foucault (1992), el cuerpo social dejó de ser una simple metáfora jurídico-política para convertirse en una realidad biológica y en un terreno de intervención médica, el médico debía de ser el técnico de ese cuerpo social, y la medicina una higiene pública.

A mediados del siglo XIX, el proceso de medicalización había avanzado considerablemente en los diferentes ámbitos de la vida social, incursionando, entre ellos, en un terreno bastante complejo: la criminalidad.

Con la medicalización de la criminalidad, la figura del psiquiatra comenzó a tomar cada vez más fuerza y trascendencia, y en el tránsito del siglo XVIII al XIX, la psiquiatría adquirió su autonomía y se revistió de prestigio, ya que logró inscribirse en el marco de una medicina concebida como reacción a los peligros inherentes al cuerpo social (Foucault, 1992).

Como afirma Foucault:

Si la psiquiatría se convirtió en algo tan importante en el siglo XIX no es simplemente porque aplicase una nueva racionalidad médica a los desórdenes de la mente o de la conducta, sino porque funcionaba como una forma de higiene pública. (1992; 241)

La figura del psiquiatra jugó un rol fundamental en la medicalización del crimen, y, como describe Foucault (1992), a comienzos del siglo XIX debido a una serie de casos que tuvieron lugar entre 1800 y 1835, la psiquiatría comenzó a intervenir en el terreno Penal.

Dicho casos constituyeron crímenes graves (asesinatos acompañados a veces de crueldades extrañas), desarrollados en la esfera doméstica y sin ninguna razón (interés, pasión, motivo, delirio), donde los autores no presentaron ninguno de los síntomas tradicionalmente conocidos y visibles de la locura (trastorno del pensamiento o de la conducta, delirios) previa, durante o posteriormente; es decir, los crímenes surgían de lo que podría denominarse un “grado cero” de locura.

Estos grandes crímenes sin motivo, significaron un gran problema para el aparato judicial, ya que castigar se había convertido en un conjunto de procedimientos concertados para modificar a los infractores, y a diferencia de los antiguos sistemas el castigo donde el mismo debía adecuarse a la enormidad del crimen, ahora se intentaba adaptar las modalidades de castigo a la naturaleza del criminal. De esta manera emergieron los problemas sobre cómo sería posible castigar a alguien cuyos motivos para cometer un crimen se ignoraban, ya que se planteaba la necesidad de condenar, pero no se veía la razón de por qué hacerlo. Al haberse convertido la razón del crimen en la razón de castigar, surgía la incógnita de cómo castigar un crimen sin razón (Foucault, 1992).

Teniendo en cuenta el problema al que se enfrentaban los jueces, la psiquiatría comenzó a reclamar su derecho de intervención, planteando que dichos crímenes tendrían como “responsable jurídico” algo que en el sujeto está fuera de su responsabilidad, es decir, la locura que se oculta en él y que no puede controlar puesto que casi nunca es consciente de ello, afirmando que había locuras que se manifestaban en crímenes espantosos única y exclusivamente, una especie de crimen-locura, a lo que denominaron “monomanía homicida<sup>3</sup>” (Foucault, 1992).

En su gran mayoría, los magistrados rechazaron aceptar esta noción que permitía convertir a un criminal en un loco cuya única enfermedad consistía en cometer crímenes. Y sin embargo, a través de esta discusión sobre los crímenes monstruosos, sobre los crímenes “sin razón”, la idea de un cierto parentesco siempre posible entre la locura y la delincuencia se aclimata poco a poco en el interior mismo de la institución judicial.

De esta manera, los médicos, que solían ser consultados únicamente para comprobar los casos siempre bastante evidentes de demencia o de furor, serían llamados como “especialistas del móvil”, teniendo que valorar no solo la razón del sujeto sino también la racionalidad del acto, el conjunto de relaciones que

---

<sup>3</sup> El diagnóstico de esta nueva patología, según Foucault (1992), determinaba que:

- la locura es toda ella crimen y por tanto, en los últimos bornes de la locura está el crimen.
- la locura es susceptible de acarrear no simplemente desórdenes de conducta, sino incluso el crimen absoluto, aquel que supera todas las leyes de la naturaleza y de la sociedad.
- esta locura aunque posee una intensidad extraordinaria puede permanecer invisible hasta el momento en el que estalla y sale a la luz

En suma, únicamente un médico especialista estaría capacitado para detectar la monomanía.

ligan el acto con los intereses, los cálculos, el carácter, las inclinaciones, los hábitos del sujeto. Y si bien los magistrados se negaron con frecuencia a aceptar el diagnóstico de monomanía, tan defendido por los médicos, no tuvieron más remedio que aceptar gustosos el conjunto de problemas que esta noción suscita, es decir, la integración del acto en la conducta global del sujeto (Foucault, 1992).

Por lo tanto, la psiquiatría del crimen del siglo XIX se inauguró con la locura criminal o crimen patológico, es decir, el gran asesinato monstruoso, sin razón ni preliminares.

Como determina Foucault (1992), cada vez más la práctica y, posteriormente, la teoría penal, tendrán tendencia, en los siglos XIX y XX, a hacer del **individuo peligroso** el objetivo principal de la intervención punitiva. Según Castel (1986), la “peligrosidad” de un individuo sería una simple probabilidad, una hipótesis basada en determinados síntomas actuales que podrían desencadenar determinado acto futuro, por lo que las técnicas punitivas serían de carácter preventivo.

La psiquiatría del siglo XIX, se orientó hacia la búsqueda de los estigmas patológicos que pueden constituir a los individuos peligrosos: locura moral, locura instintiva, degeneración, etc. (Foucault, 1992).

## 1.2 Antropometría y criminalidad

A fines del siglo XIX, se utilizó la antropometría como método de identificación de los criminales.

Como describe Madureira (2003), en la década del 1880 surge un gran interés por estudiar las proporciones y medidas del cuerpo humano, concentrándose progresivamente en las medidas del cráneo. La anatomía de la cabeza se vuelve un objeto antropológico por excelencia, al permitir describir los diferentes tipos de humanos y descubrir las anomalías biológicas de las diferentes razas.

La clase médica reivindica que la antropología física está dentro de su jurisdicción, debiendo ser entendida como un prolongamiento natural de la anatomía descriptiva.

El estudio de los individuos busca abstraer las variaciones particulares y determinar los trazos más generales del grupo humano, postulando que “los tipos naturales”, “tipos étnicos” o “razas” configuran una matriz biológica estable (Madureira, 2003).

Pero pronto se introdujo un elemento perturbador: la posibilidad de que las características de los salvajes y de los seres inferiores sobrevivieran en la sociedad contemporánea. Las clasificaciones comienzan a prestar atención entonces, a los tipos antropológicos degenerados, segregando las más diversas categorías de marginalidad.

De esta forma, aumenta el interés de estudiar a los seres vivos patológicos, los delincuentes y los considerados “anormales”, de modo que en la transición del siglo XIX al XX los nombres de mayor referencia se dedicarán al estudio de las características físicas de los criminales.

La cárcel constituyó el laboratorio antropológico por excelencia, ya que los presos constituían una población de “bajos costos” de investigación, permitiendo obtener suficientes datos para elaborar conclusiones de forma estadística (Madureira, 2003).

Madureira (2003) distingue tres corrientes de pensamiento que se cruzan con la tradición de la antropología física: la **antropometría policial**, el **determinismo biológico** y la **teoría de la degeneración hereditaria**.

En cuanto a la **antropometría policial**, en la segunda mitad del siglo XIX, Alphonse Bertillon, un especialista de la policía de París, crea nuevos sistemas de identificación que ampliarán las capacidades de vigilancia, localización y disuasión por parte de las autoridades.

En una primera etapa, Bertillon cree que toda persona puede ser identificada por la oreja derecha, por lo que desarrolla un boletín con los diferentes tipos de orejas y sus características, a lo que se le suma la aplicación del registro fotográfico de perfil, que se vuelve un procedimiento característico de la policía y los servicios de emergencia; para complementar los datos, selecciona luego una lista de mediciones del cuerpo y de características físicas (color de ojos, cabello, piel, etc.), lo que se vuelve eficaz por poder transmitir los datos

telegráficamente a cualquier punto del país, algo imposible con las fotografías (Madureira, 2003).

Este esquema va a ser perfeccionado paulatinamente en busca de una forma única y efectiva para la identificación de los individuos.

Por otra parte, a fines del siglo XIX, las concepciones sobre el crimen y la criminalidad estaban influenciadas por la Escuela de Ciencias Forenses y Criminales Italianas y las teorías de Cesare Lombroso. Este último partiendo de la observación sistemática de la medición de cráneos, concluye que existen semejanzas entre los criminales y los hombres primitivos, como ser: baja capacidad encefálica, orejas largas, caninos prominentes, maxilar protuberante, entre otras (Madureira, 2003).

Estas características físicas permitirían la identificación de cierta predisposición para la delincuencia, afirmándose la existencia de un **determinismo biológico**, es decir, que los individuos nacerían criminales, con una predisposición para practicar el mal.

De este modo la epilepsia, la locura patológica y la excesiva fealdad constituirían marcas biológicas identificatorias de la delincuencia.

Varios autores adeptos a esta teoría publicaron obras en la década de 1880 donde se difundía la idea de que el crimen no sería un acto consciente y de elección, sino una herencia biológica detectable en ciertas características físicas y psicológicas.

Muchos de estos trabajos tienen una frágil argumentación y un soporte demostrativo casi nulo, lo que es denunciado por varios ensayistas de la época. Incluso uno de los autores, Basílio Freire, en 1889 reconoce la dificultad presente en la definición de un tipo físico común a todos los delincuentes o a diferentes categorías de delincuencia, lamentándose la inexistencia de un “padrón fijo” que permita la identificación de los delincuentes a nivel fisionómica o semántica. De igual manera esto no le impide concluir que, aunque desconozca la craneología del criminal nato, la misma debe ser menor a la del resto de la población (Madureira, 2003).

No obstante, la antropometría se transforma en una técnica preventiva de gran utilidad una vez que esta escuela de pensamiento logra fortalecer el retrato científico del criminal.

Hacia inicios del siglo XX, las críticas a la Escuela Criminal Italiana aumenta y el concepto de crimen se aproxima cada vez más a la identificación de causas sociales y psicológicas.

Por lo tanto, ya entrado el siglo XX, la antropometría empieza a contar con nuevas herramientas y conceptos, pasando a ser una disciplina de control y prevención que toma como unidad de estudio la estadística de las poblaciones y la estadística generacional sin recurrir necesariamente a los conceptos de “tipos humanos” de la antropología física ni a los conceptos de “tipos primitivos” del determinismo biológico. Donde la media era el único medio de análisis, surge la estimativa de otros parámetros, teniendo en cuenta el desvío-estándar y los errores probables, desarrollo que se traduce en una crítica más consistente de los datos (Madureira, 2003).

La **teoría de la degeneración hereditaria** surge a fines del siglo XIX como uno de los muchos desarrollos de las ideas de Darwin sobre la evolución de las especies, considerando el principio de sobrevivencia de los más fuertes mediante el proceso selectivo de adaptación al medio (Madureira, 2003).

### 1.3. La teoría de la degeneración hereditaria

A mediados del siglo XIX, según Caponi (2009), la psiquiatría se enfrentaba a una gran dificultad para clasificar las patologías mentales, siendo en ese entonces las más aceptadas las clasificaciones propuestas por Pinel y Esquirol, quienes diferenciaban los tipos de locura por referencia a la sintomatología. Ambos partían de la idea de unicidad de la enfermedad mental, afirmando que la misma podía manifestarse de modos diferentes; Pinel hablaba de cuatro clases fundamentales de alienación: la manía, la melancolía, el idiotismo y la demencia, mientras que Esquirol amplió dicho cuadro a: manía, lipemanía, monomanía, idiotismo y demencia. En consecuencia, todas esas manifestaciones de la alienación mental podían ser tratadas del mismo modo: el tratamiento moral.

Como respuesta a dicha problemática, el psiquiatra francés Morel publica en 1857 el “Tratado de degeneración de la especie humana”, en el cual propone crear una clasificación creíble y consistente de las patologías mentales, que no

se basara sólo en la diferenciación de síntomas (generalmente muy similares unos a otros) o de manifestaciones corporales exteriores (estigmas que pueden llevar a clasificaciones erradas), sino que propone utilizar una clasificación etiológica de las enfermedades mentales (Caponi, 2009). Afirmaba que cuando estuvieran claramente determinadas las causas se podría crear una red clasificatoria de nosologías y una terapéutica o profiláctica apropiada para cada patología.

En el mencionado Tratado, Morel expone su teoría de la degeneración, en la que plantea que toda y cualquier anomalía puede surgir y multiplicarse a partir de un sujeto identificado como degenerado o anormal. Según esta teoría, los anormales anticipan un número ilimitado e indefinido de enfermedades posibles en su descendencia, y como expone Caponi siguiendo la teoría de Morel:

La degeneración se manifestará de manera progresivamente agravada ya sea en las diversas generaciones de una misma familia o en las sucesivas etapas de vida de un mismo individuo, hasta llevar a un cuadro final de alienación mental irreversible que exige internamiento psiquiátrico. (2012: 109)

Dentro de la estructura explicativa de las degeneraciones, Morel refiere a **factores internos** (hereditarios) y **externos**. De esta manera, explica que los procesos de degeneración sólo pueden ser el resultado de influencias mórbidas, de orden física o moral, siendo la causa general la transmisión hereditaria

Según Caponi (2009), Morel distingue las siguientes causas:

- Degeneraciones por intoxicación (destaca el abuso de alcohol<sup>4</sup>)
- Degeneraciones resultantes del medio social, como las producidas por actividades industriales, la miseria y las profesiones insalubres.
- Degeneraciones que resultan de una afección mórbida anterior o de un temperamento malsano.
- Degeneraciones derivadas de la inmoralidad, es decir, degeneraciones físicas que derivan de males morales.

---

<sup>4</sup> Entre las causas intoxicantes, la ingestión desmedida de alcohol aparece como una fuerte amenaza, ya que provocaría las formas de degeneración más graves y radicales. Sus consecuencias serían estudiadas por Morel, haciendo referencia tanto a las alteraciones en el cuerpo de los individuos alcohólicos, como a las que surgirían en las generaciones sucesivas de familias afectadas por ese mal (Caponi, 2009).

- Degeneraciones que provienen de enfermedades congénitas o adquiridas en la infancia.
- Degeneraciones que están relacionadas con las influencias hereditarias.

Por otro lado, para explicar la herencia como causa de degeneración, Morel utiliza tres nociones fundamentales: **la predisposición, las causas predisponentes y las causas determinantes.**

De esta manera, el proceso se iniciaría con las **causas predisponentes**, es decir, con hechos morales o físicos que pueden provocar padecimientos mentales que necesariamente serán transmitidos a los descendientes. Ellos tendrán una mayor **predisposición** para que se desencadene una enfermedad ante la presencia de una **causa determinante**, que puede ser interna o externa, física, social o moral (Caponi, 2009).

La alienación sería el punto final, generalmente irreversible, de la sucesión de degeneraciones heredadas por familias afectadas por las más diversas patologías (Caponi, 2009). Por eso Morel destaca la importancia de encontrar signos anunciadores de una locura por venir, anticiparse a los desvíos de comportamiento de aquellos que presentan pequeñas anormalidades que pueden ser tratadas para, de este modo, prevenir la –irreversible- alienación.

De ese modo, las estrategias terapéuticas propuestas por Morel inauguran la psiquiatrización preventiva de las más variadas conductas cotidianas, mediante la aplicación de una serie de reglas de higiene moral destinadas no solo a los alienados, sino a la población en general, lo que se denominará “moralización de las masas” (Caponi, 2009).

La profilaxis desarrollada a nivel de los hospicios (manicomios) cumplió dos funciones: defensiva y preventiva. La profilaxis defensiva refiere a la internación de individuos peligrosos o nocivos para los otros, que padecen una enfermedad mental, con la finalidad de evitar daños a la familia y a la sociedad. La profilaxis preventiva refiere al deber de la institución de intentar modificar las condiciones intelectuales, físicas y morales de los individuos alienados y armarlos, por así decir, contra ellos mismos antes de que se reintegren a la sociedad, con la finalidad de atenuar la cantidad recaídas (Caponi, 2009).

Se intenta, entonces, anticipar e impedir la emergencia de un suceso no deseable mediante una nueva modalidad de la vigilancia, se empiezan a estudiar ciertas particularidades que los especialistas consideran “factores de riesgo”, constituidos tanto por características internas del sujeto (herencias) así como amenazas externas (consumo de alcohol, malos hábitos, accidentes, etc.).

Esto dio lugar a que surgieran a comienzos del siglo XX las **políticas eugenésicas**, que proponían evitar la transmisión de las “amenazas” de las que el individuo era portador a su descendencia y evitar la reproducción de elementos biológicamente peligrosos, por lo que las medidas preventivas fueron el encierro y la esterilización de los individuos alienados (Castel, 1986)

Según plantea Caponi (2012), el concepto de degeneración ingresará en la psiquiatría como un saber legítimo y establecido a fines del siglo XIX con Magnan; este autor se centrará en tres cuestiones fundamentales: cómo extender el marco explicativo de la parálisis general a otras patologías mentales, los estudios sobre alcoholismo centrados en explicaciones causales donde se articulan causas externas e internas y la definición de una nueva categoría patológica que agrupe a las enfermedades heredo-degenerativas.

De esta forma, hasta principios del siglo XX, la psiquiatría estará fuertemente influenciada por la teoría de las degeneraciones hereditarias, por lo que se multiplicarán los estudios preocupados en aclarar y descubrir nuevos síndromes y estigmas físicos y psíquicos. Esto permitió la aparición y definición de nuevas y variadas enfermedades mentales: desde las manías de persecución, pasando por los exhibicionismos y el alcoholismo, hasta la ninfomanía o la cleptomanía entre muchos otros trastornos.

#### 1.4. Hacia una nueva forma de entender las enfermedades mentales

Al medicalizarse varias conductas cotidianas, establecer factores de riesgo y aparecer nuevas enfermedades mentales, el ámbito de acción de la psiquiatría se expandió, lo que provocó que las fronteras entre lo normal y lo patológico fueran cada vez menos visibles. A su vez, las medidas profilácticas que la teoría

de la degeneración legitimaba, lograron que el saber psiquiátrico saliera del asilo para intervenir fuera de él –en la sociedad en general- adquiriendo la misión de higienizar el tejido social y moralizar las masas con el discurso de la “prevención” y anticipación de la locura.

Se puede decir, entonces, que en la segunda mitad del siglo XIX, comienza a articularse un nuevo modo de entender las enfermedades mentales, donde las mismas no están relacionadas exclusivamente a delirios, alucinaciones, actos violentos o pasiones irrefrenables. Al respecto, Caponi plantea que este

desplazamiento permitirá clasificar un conjunto cada vez mayor de conductas y comportamientos cotidianos como patologías psíquicas que requieren intervenciones terapéuticas. Emerge así un nuevo campo de saber que posibilita que hechos simples, como la tristeza profunda, la sexualidad de la infancia, el alcoholismo y los más diversos desvíos de comportamiento, pasen a ser, poco a poco, objeto de discursos e intervenciones médicas. (2012: 107)

A este proceso Caponi denominará psiquiatría ampliada.

## Capítulo 2 – Empoderamiento psiquiátrico en el Uruguay de fines del siglo XIX y principios del XX

### 2.1. El proceso de Modernización como contexto

En el pasaje del siglo XIX al XX, Uruguay experimentó un proceso creciente de modernización en términos económicos, políticos y culturales.

Los cambios se hicieron sentir en todos los ámbitos: hubo mejoras en las comunicaciones, se introdujeron nuevas formas de producción -consecuencia de las modificaciones tecnológicas en el medio rural-, se aplicó la reforma educativa, se construyó un sistema fiscal y monetario estable, se creó un ejército unificado, se realizó la codificación legal, se modificó la normativa penal -de la aplicación de castigos físicos se transitó a la pena por privación de la libertad- y, ya entrado el siglo XX, se crearon las diversas leyes sociales que favorecieron a los sectores trabajadores. A esto se le sumó el aluvión inmigratorio y la inserción del país en el mercado capitalista mundial, lo que terminó provocando transformaciones en la moral dominante, que se trasladaron a distintos planos de la vida social y cultural (Barrán, 1995).

.

Como describe Duffau (2015b), entre las transformaciones del período, se destaca la construcción de determinados estereotipos sociales que fueron utilizados para señalar los rasgos propios de la “barbarie” que el país debía erradicar para construir un anhelado “país modelo”.

De esta forma, cualquier manifestación que saliera de las rígidas normas morales civilizadas era rechazada, entre ellas la figura del inmigrante pobre, el delincuente rural, los militantes políticos que querían subvertir el orden establecido y los enfermos psiquiátricos.

### 2.2. El primer manicomio uruguayo

En el caso de los enfermos psiquiátricos, se vio la necesidad de crear una institución de contención y aislamiento, ya que hasta el momento se los recluía

en el Hospital de Caridad (que destinaba un espacio para ellos), y la cantidad de individuos con este tipo de enfermedades aumentaba cada vez más.

Es entonces que en 1860 se realiza el primer traslado de enfermos psiquiátricos internados en el Hospital de Caridad hacia la quinta de la sucesión de Miguel Antonio Vilardebó, que se encontraba lejos de la zona urbana. A partir de ahí comienza el proceso de consolidación del primer manicomio uruguayo, que se llamará “Asilo de dementes” y constituyó un establecimiento en el cual los médicos ocupaban una función secundaria, ya que la institución estaba a cargo de la Comisión de Caridad y Beneficencia Pública que otorgó plena potestad para el tratamiento de los asilados (en este y en varios nosocomios) a la Hermandad de Caridad.

Por ende, el asilo funcionó en la órbita del catolicismo, que se encontraba muy relacionada con las prácticas de control social, pero que a su vez legitimó el discurso médico al aplicar el principio de aislamiento pregonado por la escuela francesa.

Esta orientación no se modificó hasta 1880 cuando el Asilo pasó a denominarse Manicomio Nacional. Al completarse el proceso de secularización de los establecimientos hospitalarios mediante la aprobación de la ley de Asistencia Pública Nacional (que sustituirá a la Comisión de Caridad y Beneficencia Pública), el Manicomio Nacional pasó a llamarse -en 1911- Hospital Vilardebó, convirtiéndose en un centro estatal laico para los enfermos mentales pertenecientes a los estratos sociales más bajos, mientras que su financiamiento dejó de depender de la contribución voluntaria para pasar a mecanismos colectivos y obligatorios que presupuesten su accionar. (Duffau, 2015b).

La transformación a la que se vio expuesta la primera institución manicomial uruguayo entre fines del siglo XIX y principios del XX que fue descrita anteriormente, puede interpretarse como una expresión de las transformaciones que se estaban viviendo a nivel cultural y social en el Uruguay de la época. Como se podrá observar en el siguiente capítulo, varios procesos influyeron en la transformación de esta institución.

### 2.3 Secularización y medicalización

Entre fines del siglo XIX y comienzos del XX, el Estado uruguayo trataba de consolidar su presencia en la sociedad y la economía, por lo que se produce un acelerado proceso de secularización y de fuerte industrialización, con una consistente legislación de protección social. A esto se le suma la creciente medicalización de la vida social que vivía el país, lo que significó una intervención creciente en las relaciones sociales en nombre de la salud y el ejercicio de determinados controles en esos ámbitos que anteriormente eran externos a su influencia (Ortega, 2002)

Originariamente las instituciones sanitarias uruguayas no surgieron como un espacio medicalizado, sino que se vincularon a la religiosidad, por eso los nosocomios e instituciones tales como el manicomio estaban bajo la potestad religiosa, funcionando conforme a su criterio. La figura del médico no tenía ninguna potestad, su presencia era casi nula, y se encontraba subordinado.

El proceso por el cual lo religioso comenzó a perder potestades en las instituciones públicas se inició ya avanzado el siglo XIX, y se desarrolló paulatinamente; fue a partir de la década de 1870 que las instituciones centrales se hicieron cargo de varias tareas que hasta entonces estaban en manos del catolicismo -Registro Civil, cementerios, hospitales- (Duffau, 2015a).

Este fue el caso del Manicomio Nacional, en el que se buscó reorientar las bases de la asistencia social y de la caridad, con la idea de fundar esos roles sociales en bases científicas. Aparecen argumentos en pro de reconstruir estas funciones sobre un trabajo remunerado y especializado, reglamentado desde el Estado, y ya no desde el voluntariado y la finalidad religiosa (Ortega, 2002). Esto forma parte del proceso de secularización implementado por el Estado a fines del siglo XIX, así como da cuenta del aumento de la presencia del Estado en diferentes ámbitos de la vida social.

Este Estado en proceso de expansión que pretende colonizar prácticamente todas las dimensiones del espacio social da cierto impulso al proceso de medicalización que empieza a aplicar su dicotomía de normal/anormal en cada vez más ámbitos de la sociedad uruguaya, con las intenciones no sólo de

prevenir y curar, sino también controlar, disciplinar, normalizar y legitimar a través del uso de categorías científicas.

Como explica Ortega :

La medicina como institución reivindica el monopolio de lo que tiene que ver con la salud y así todas las intervenciones médicas se tornan posibles, colonizando ampliamente la vida cotidiana de los individuos bajo la promesa de la salud y la prolongación de la vida. (2002, 13)

#### 2.4 Higienismo y medicina preventiva

El **higienismo**, nace en este contexto con la finalidad de prevenir y combatir las grandes epidemias, y conducirá a la **medicina preventiva**, una rama del saber médico no dedicado al combate de la enfermedad sino a la creación de salud mediante la tradicional vacunación, el novedoso examen preventivo y la modelación por el consejo médico – y en las ramas más radicales del movimiento, hasta por la cirugía – del cuerpo vigoroso; se podría decir que parte de la base de “más vale prevenir que curar” (Barrán, 1995). Las técnicas de la medicina preventiva, además de la vacunación, recurrían sobre todo al “examen sanitario”, que constaba de una averiguación completa del cuerpo del paciente y sus antecedentes familiares.

Los cambios en la esfera del saber producidos desde fines del siglo XIX generarán las condiciones bajo las cuales deviene la edificación de una nueva institucionalidad que se caracterizará por la creación de instituciones de carácter inspectivo para el control de enfermedades infecciosas, la focalización de la familia y, en especial, de la mujer, como agente privilegiado en el afianzamiento de los valores de la “higiene” moderna, la construcción de la legitimidad social del saber/poder médico, y el cambio de las funciones hospitalarias (el agente médico pasa a ser un agente no subordinado) (Ortega, 2002).

De esta manera, iniciado el siglo XX, las consultas al médico ya no serían solo para saber si se estaba enfermo, si no para saber si se estaba sano, realizándose exámenes periódicos sanitarios hechos sobre personas sanas, lo que permitiría prevenir mediante el diagnóstico precoz (algo esencial para el éxito terapéutico), y educar al individuo sobre las conductas profilácticas. En este afán de “prevenir”,

se apuntó incluso a la reforma física del cuerpo, mediante la extirpación del apéndice y las amígdalas, debido a su carácter peligroso por ser sede de permanentes infecciones (Barrán, 1995). Así se alentó además, a la autoobservación minuciosa del cuerpo y se acuñó el horror al contagio y los microbios (temiéndose principalmente a cualquier signo que pudiera significar tuberculosis o sífilis).

En este contexto, se comenzó a difundir el “eugenismo<sup>5</sup> uruguayo” – que se venía gestando desde fines del siglo XIX, cuando el saber médico comenzó a defender la idea de que el mal (la enfermedad) era hereditario- cuyo acento radicó en la defensa de la especie humana procurando subordinar el derecho individual de casarse y procrear, a una decisión a menudo estatal, pero en manos de la medicina. Es decir, se intentó llevar a cabo un control de la procreación en procura de que solo los sanos engendrasen y a los enfermos se les prohibiera casarse o se les esterilizara para así evitar la degeneración de la especie (Barrán, 1995).

Por otra parte, el concepto de enfermedad había cambiado ya que englobaba dolencias y sensaciones antes no calificadas de tales y se construyeron nuevos ideales del cuerpo y su “bienestar”: el signo del mal ya no era solo la nariz carcomida por la lepra, sino la nariz que no se adaptaba al modelo estético vigente (Barrán, 1995).

La medicina de esta forma, procuró crear un modelo de cuerpo y de comportamiento que favorecería la vida larga; lo que significó el nacimiento del hombre medicalizado.

## 2.5 La locura en el Uruguay del Novecientos

Las nociones de cordura y enfermedad mental están siempre influidas por las condiciones históricas en que se producen. La enfermedad mental refiere generalmente a cierto deterioro, pero es, sobre todo, aquello que una cultura vive

---

<sup>5</sup> La eugenesia es una teoría que propone combatir la degeneración de la raza amenazada por las enfermedades y los “vicios” populares, en particular, alcoholismo, sífilis, tuberculosis y dolencias mentales; fue una de las creencias dominantes entre los médicos del Novecientos y dio forma concreta a la utopía de una sociedad gobernada por principios extraídos de la biología (Barrán, 1995).

como transgresión y desajuste patológico a sus exigencias, e incluso lo que el sector social y el género dominante sienten como reto profundo a sus lugares de preeminencia (Barrán, 1995).

De esta manera, como describe Barrán (1995), en el Uruguay de fines del siglo XIX el loco era la imagen del burgués puritano invertido, es decir, se identificó las virtudes y conductas burguesas con la normalidad, por lo que la enfermedad mental fue sobre todo sentida y descrita como la gran desobediencia a los valores establecidos y por lo tanto, una amenaza al orden social. Saber psiquiátrico y sociedad estuvieron de acuerdo en que el loco encarnaba la transgresión inaceptable de las disciplinas necesarias para la vida, en lo mental, moral, económico, social y lo familiar, encarnando la máxima violación del orden establecido, la enfermedad mental sería la encarnación de la desobediencia a una doble fuente de órdenes: las de la sociedad y las de la propia conciencia (Barrán, 1995)

En esta época, se observa un gran aumento y avance de la locura que, puede justificarse en el crecimiento de lo patológico debido a la extensión del concepto de enfermedad mental a zonas del comportamiento antes consideradas dentro de la norma, pero responde principalmente, al avance de la razón y sus exigencias en una organización social, económica y cultural que cada vez exigía más ciertos comportamientos y, calificaba como anormales a los que no encuadraban en ese marco empujado (Barrán, 1995).

Se entiende que el discurso de carácter disciplinante existente utilizó a los enfermos psiquiátricos para señalar aquello que no se ajustaba a lo previsto por la moral establecida. La creciente presencia de los médicos en la vida cotidiana fomentó este proceso de disciplinamiento y la psiquiatría se incorporó como una pieza del poder garante de la "normalidad".

## 2.6 Medicina y Derecho Penal

El hecho de que a fines del siglo XIX el crimen hubiera dejado de ser una sumatoria de actos aislados para convertirse en una patología y constituir un

problema social, en una sociedad tan medicalizada como esta, significó la consolidación de la relación entre medicina y derecho.

Esta alianza entre medicina y derecho se dio particularmente en los casos en que se identificaban situaciones relacionadas con la locura, donde el juez se enfrentaba al problema de la determinar la imputabilidad criminal de un individuo, utilizándose como herramienta la pericia, en la que los médicos cumplían su papel forense.

Beltrán y Ortega (2015), afirman que desde principios del siglo XIX Uruguay contó con una amplia y variada legislación que incluía una serie de dispositivos para atender al problema de la criminalidad, donde figura la medicina en su función forense como un agente privilegiado: tanto asociado a la función policial como a la higiénica.

Desde inicios del siglo XIX se comenzó a discutir la imputabilidad de los enfermos psiquiátricos: una corriente sostuvo que al no ser responsables de sus actos los locos que cometían un delito debían ser eximidos de castigo, lo que no evitaba que el enfermo-criminal fuera recluido en un asilo o manicomio; otra variante insistió en que merecían el mismo tratamiento que cualquier criminal (Duffau, 2015a) Por lo tanto, ambas corrientes devenían en el encierro del enfermo psiquiátrico, fuera en una institución u otra, siendo esta la posición que imperó en Uruguay hasta mediados del siglo XIX.

Para este entonces, según Duffau (2015a), el concepto de monomanía homicida había sido sustituida por la concepción de la enfermedad mental como una patología compleja, polimorfa, imprevisible y con distintos estadios de desarrollo, que no constituiría necesariamente una patología del pensamiento o la conciencia, sino que puede afectar a la afectividad, los instintos, los comportamientos automáticos, dejando casi intactas las formas de pensamiento. Desde esta perspectiva, se plantea que el enfermo psiquiátrico que cometía un crimen podía realizarlo en un intervalo de lucidez o podía estar aquejado por una locura parcial por lo que la persona no era plenamente consciente de lo que hacía, lo que complejizaba aún más la discusión sobre la inimputabilidad y los tipos de reclusión.

En materia penal la primera normativa local para los enfermos psiquiátricos fue el Código Penal aprobado en 1889, donde se eximía de responsabilidad penal a los “locos o dementes”, siendo entregados bajo fianza a sus familias si el delito cometido era menor o recluso en algún establecimiento destinado a este tipo de individuos, del cual no podrá salir sin autorización del Juez. El Código resultó esencial para el ascenso del poder psiquiátrico, ya que la pericia médico-legal se transformó en un dispositivo fundamental de las causas criminales, sobretodo de aquellas que habían tenido participación de enfermos psiquiátricos (Duffau, 2015a).

Aún a fines del siglo XIX se seguía discutiendo sobre cuál era el mejor destino para los pacientes con alguna patología, ya que la mayor parte de los médicos e incluso algunos abogados, señalaban que las cárceles no servían para la recuperación sanitaria ni cumplían con la finalidad de castigar a alguien que no era plenamente responsable de sus actos, al tiempo que las autoridades del establecimiento manicomial advertían que este no contaba con las medidas de seguridad necesarias (Duffau, 2015a).

A principios del siglo XX, Bernardo Etchepare, considerado padre de la psiquiatría uruguaya, se manifestó para ponerle fin a la discusión manifestó que entendía que por más que se declarara la irresponsabilidad penal de un individuo, es importante cumplir con la idea de justicia aunque el condenado no consumara su pena en un presidio común. Consideró fundamental la construcción de asilos especiales para alienados criminales, así como planteó la importancia de que los médicos pensarán medios de profilaxis de la criminalidad y la reforma de las cárceles para que se transformaran en sitios de enmienda y de reforma de la personalidad. (Duffau, 2015a).

Sin asilos especiales y con cárceles carentes de un pabellón psiquiátrico, los presos con patologías mentales eran enviados al manicomio, incluso durante su condena y luego de cumplirla, por lo que estos individuos oscilaban entre la cárcel y el manicomio. La presencia de penados en el manicomio generaba inconvenientes y conflictos por el temor de médicos, guardias y el resto de los asilados.

Como respuesta a esta problemática, Rossi propuso hacer una división entre alienados absueltos por la justicia y alienados que sufren una condena. Los primeros, luego de cumplir la pena, pasarían a la categoría de "enfermos libres" pero permanecerían internados por su calidad de antisociales, y su situación correspondería a la Asistencia Pública y no al Juez. Los segundos pertenecerían a la administración carcelaria: ellos deben proporcionarles asistencia, estudiando el mejor modo de armonizar el interés del enfermo con el de la sociedad (Duffau, 2015a).

El medio carcelario debería realizar a todos los presos un examen psiquiátrico para poder distinguir entre un enfermo psiquiátrico severo y alguien que simulaba su estado clínico para ser trasladado al Manicomio Nacional.

## 2.7. Institucionalización y consolidación de la psiquiatría como profesión

En este contexto, la alianza medicina-policía-higiene, contribuyó a la institucionalización del papel forense de la medicina. En 1877 se crea la Cátedra de Medicina Legal como respuesta a la necesidad de la formación de los médicos en las funciones higiénicas y forenses, a dos años de la fundación de la Facultad de Medicina (1875).

En la mencionada Cátedra se comenzaron a dictar cursos de Higiene Pública y Privada, Medicina Legal y Toxicología, modelo importado de las facultades francesas (Beltrán, Bentura y Ortega, 2015). En esta se formaron los primeros médicos que ejercieron las funciones periciales hacia fines del siglo XIX.

Beltrán, Bentura y Ortega (2015) mencionan la existencia de tres tesis, de entre 1881 y 1902, de los doctores Andrés Crovetto, Pascual Visciado y Enrique Castro, en las que plantean la necesidad de una legislación específica para el abordaje de los pacientes del Manicomio Nacional, denuncian la escasa presencia del médico en esta institución, y solicitan en forma contundente la creación de una Cátedra de Psiquiatría en la Facultad de Medicina a efectos de dar fundamento científico a dicho saber.

Por tanto, evidencian en estos trabajos la necesidad de que la figura del médico se consolidara y alcanzara el monopolio absoluto para el diagnóstico y tratamiento de los alienados mentales.

Como consecuencia, se crea, en 1907, la Cátedra de Psiquiatría y en 1923, la Sociedad de Psiquiatría del Uruguay. La cátedra comenzó a funcionar en el Hospital Vilardebó –dirigido por Etchepare desde 1908-.

Según Beltrán, Bentura y Ortega:

Es posible afirmar que a través de la creación de la cátedra y de la figura del Dr. Etchepare, se produjo una re-fundación del Hospital y sus funciones que contribuyó a consolidar el rol del psiquiatra en el tratamiento de la enfermedad mental y lo legitimó como médico autorizado para diagnosticar, para determinar la responsabilidad de los alienados en los actos criminales, en aquellos que presentaban una relación entre crimen y locura, así como determinar la peligrosidad de un sujeto. (2015: 5)

Pero fue en 1911, gracias a la aprobación de la Ley de Asistencia Pública, que los psiquiatras pudieron expulsar definitivamente a las religiosas y religiosos del, ahora denominado, Hospital Vilardebó, logrando el monopolio tan anhelado en dicha institución.

Como describe Duffau (2015b), en 1913 el servicio médico del Vilardebó dependería de cinco profesionales (parte de la primera generación de psiquiatras uruguayos: Bernardo Etchepare, Eduardo Lamas, Rafael E. Rodríguez, Abel Zamora y Camilo Payssé) y de cinco practicantes encargados de las guardias nocturnas.

De esta manera, los psiquiatras lograban definir un campo profesional y alcanzar legitimidad y consenso en el ejercicio de una profesión que se presentaba como científica pero que también tenía intereses políticos.

Este grupo profesional constituyó una importante herramienta de control social mediante la difusión del pensamiento de los facultativos no solo relativo a las enfermedades mentales sino también en relación a hábitos o prácticas que eran necesario erradicar, lo que sumado al manejo del dispositivo manicomial y la terapéutica aplicada dirigida a la normalización de los pacientes, contribuyó en la expansión de la nueva disciplina médica y en su legitimación científica y social.

La posición médica se acompañó con una construcción jurídica sobre la situación de los enfermos psiquiátricos y la creación de disposiciones claras para el ingreso o egreso de los pacientes de los establecimientos hospitalarios, de modo que la nueva arquitectura legal formalizó el tratamiento y la internación. A comienzos del siglo XX médicos y abogados elaboraron un protocolo sobre las internaciones, ganando la batalla contra la policía, que hasta entonces no reconocía la autoridad de los facultativos. (Duffau, 2015b).

De este modo, los psiquiatras comenzaron a ser responsables ante toda la sociedad, en esto influyó preponderantemente la Universidad de la República a través de la Facultad de Medicina, mediante la circulación, discusión y apropiación de un cuerpo de ideas que se materializó en cursos, tesis de grado, artículos en revistas arbitradas y columnas en la prensa periódica que divulgaban los conceptos médicos y jurídicos sobre los enfermos psiquiátricos (Duffau, 2015b). Gracias a este grupo profesional la locura dejó de ser un problema individual y pasó a ser una temática que involucró a toda la sociedad, en un contexto histórico que la determinó y observó con recelo ante el temor que despertaba ser ese otro “anormal”.

## Capítulo 3: Modelos etiológicos y pericia psiquiátrica en el Uruguay de fines del siglo XIX y principios del XX

### 3.1. Psiquiatría y organicismo positivista

En buena parte del siglo XIX, la psiquiatría imperante en Uruguay fue la psicologicista y verbalista, que fue sustituida a principios del siglo XX por el organicismo de origen positivista cuya afirmación principal insistía en el origen físico-cerebral de la enfermedad mental.

De esta manera, los psiquiatras vieron en el alcoholismo, la sífilis, la herencia, el gasto de energía en la sexualidad o la falta de alimentación adecuada, los motivos de las patologías mentales, y buscaron en el laboratorio mediante la autopsia, las enfermedades físicas del paciente, sobre todo las infecciones y sus antecedentes hereditarios, los síntomas y las pruebas de esa afección del cerebro que era enfermedad mental (Barrán, 1995).

En el Uruguay, Bernardo Etchepare fue el mayor exponente del organicismo, seguido por su discípulo Santín Carlos Rossi. Etchepare adjuntó a su Clínica Psiquiátrica del Hospital Vilardebó, un laboratorio donde se practicaban autopsias y análisis cerebrales.

Santín Carlos Rossi resumió la posición dominante en la psiquiatría de la época con la presente afirmación:

La psiquiatría fundará su clínica sobre la anatomía y la fisiología del encéfalo, (...) El porvenir solo está reservado a los datos de la anatomía y la fisiología patológica que orientan el estudio de las otras ciencias médicas. (en Barrán, 1995: 129)

Es decir, si las causas de la enfermedad mental eran físicas, habría que observar la conducta del loco dentro de un panóptico<sup>6</sup> – el manicomio -, y su cuerpo en el laboratorio, sin darle importancia a su discurso que carecería de sentido lo que significó que las terapias se volvieran más autoritarias (Barrán, 1995).

---

<sup>6</sup> Concepto Foucaultiano que refiere a una arquitectura diseñada para permitir un control de su interior, articulado y detallado para hacer visibles a quienes se encuentran dentro y así poder transformarlos, conduciendo hasta ellos los efectos del poder (Foucault, 2002).

El manicomio constituyó el lugar del castigo ejemplarizante del loco, y a su vez fue la institución central de esta psiquiatría. Sin embargo, esta nueva psiquiatría positivista no se limitó a intervenir a nivel asilar, sino que salió a prevenir y curar fuera del Manicomio, combatiendo las causas físicas de la locura, sobre todo la sífilis y el alcoholismo, afianzándose el papel del psiquiatra como moralista y reformador de la sociedad (Barrán, 1995).

Pero este organicismo positivista que dominaba en la psiquiatría uruguaya, admitía fisuras, sobretodo en la persistencia de la búsqueda de causas “morales” de la locura, típica de la vieja psiquiatría clásica.

Esto se evidencia en el hecho de que antes de la llegada de la influencia de Freud, ya las historias clínicas de Bernardo Etchepare (desde 1905) hacen referencia a la sexualidad de los enfermos (prácticas masturbatorias, desarrollo, obsesiones, exhibicionismo, etc.), y aunque se niega la etiología sexual de las neurosis, se concluye que allí hay hechos que se resisten al análisis organicista puro, que la sexualidad vivida parece algo más que el conjunto de condiciones anatómicas y fisiológicas que caracterizan a cada sexo (Barrán, 1995). Posteriormente y de forma paulatina, se aceptaría la teoría de Freud, y se devolvería el sentido y trascendencia al discurso del enfermo, lo que posteriormente abrirá paso al psicoanálisis.

Varios médicos y estudiantes de medicina uruguayos viajaron en esta época a Europa donde tuvieron contacto con otras instituciones de salud mental o participaron de cursos en universidades europeas (especialmente francesas), factor que explica la gran influencia que tuvieron las teorías etiológicas imperantes en Europa sobre la psiquiatría uruguaya.

Dicha influencia se verá reflejada en los informes médico legales que serán expuestos a continuación.

### 3.2 Un informe médico legal de 1893: el caso de José Eggeo

A continuación se describirá en líneas generales un informe médico legal, extraído del Archivo General de la Nación, presentado el 17 de junio de 1893 sobre el caso de José Eggeo, que en el momento se encontraba recluido en una Penitenciaría, mediante el cual se pretende determinar sus facultades mentales en función del delito que cometió que consistió en el asesinato de su hermano.

El individuo en cuestión, José Eggeo, es descrito como un hombre de 43 años de edad, de estado civil soltero y de nacionalidad austríaca.

Se procede entonces a detallar sus antecedentes en base a la información proporcionada por el individuo en cuestión, refiriendo tanto a la existencia de **antecedentes familiares** (abuelos, padres, hermanos) de enfermedades tales como la epilepsia, enfermedades venéreas o el abuso de sustancias (principalmente alcohol), así como a **antecedentes personales** de algún tipo de enfermedad o síntoma que pudiera significar la existencia de una, lo que se pretende confirmar o desestimar mediante exámenes físicos que evidenciarían señales de las afecciones en cuestión. También se mencionan síntomas y enfermedades observadas durante el tiempo de reclusión que el individuo llevaba recluido en la Penitenciaría.

Se prosigue describiendo el estado actual del sujeto, aludiendo a su **estado físico** (desarrollo muscular, apariencia), su **actitud** durante el examen (de la que se pretende detectar signos de alguna enfermedad mental como la melancolía, o las manías, en las que se espera que el individuo actúe inquieto y violentamente), y el estado su **memoria**, que se evalúa según el recuerdo de fechas y hechos de los que ha sido actor.

Posteriormente se presentan los resultados de los **estudios realizados al cráneo** del individuo, determinándose que sus medidas se ajustan a las establecidas como normales, no presentando desproporciones ni asimetrías. Se indaga al individuo sobre la posibilidad de haber recibido alguna contusión en la caja craneana.

Se exponen luego los resultados sobre las **mediciones realizadas a la cara** del individuo, concluyéndose que no presenta anomalías de conformación, ni desigualdad en sus pupilas, dilatación de las mismas ni parpadeo excesivo.

Se prosigue con **estudios de su tórax**, determinándose su buen desarrollo y funcionamiento de los órganos esenciales, para luego continuar con **estudios sobre el aparato gastro-intestinal**, resultando que el individuo no aqueja lesiones en dichos órganos ni problemas con el funcionamiento de los mismos, por lo que no presenta anomalía alguna.

Finalmente se hace referencia a su regular fuerza muscular, su normal **forma de marchar**, y a la inexistencia de temblor en extremidades, así como al relacionamiento con sus compañeros en la cárcel y su comportamiento, que no presentarían ninguna dificultad.

El médico encargado de realizar el informe médico legal, concluye entonces que se encuentra ante un caso difícil de diagnosticar. Sin embargo, procede a establecer que no se encontraron antecedentes ni presencia de cretinismo hereditario, alcoholismo, sífilis o epilepsia, factores determinantes al momento de indicar la degeneración psíquica. Tampoco se habrían detectado malformaciones en la cavidad craneana ni la masa encefálica como para determinar alguna anormalidad, así como sus actitudes y conductas no muestran síntomas de la existencia de melancolía, monomanía o ideas fijas.

Las instrucciones recibidas por el sujeto en cuestión, y el medio en que se desarrolló (desconocidos por quien realiza el estudio), según el criterio del médico, habrían podido influir como agentes modificadores en el individuo y sus instintos, lo que explicaría su conducta criminal, ya que sus características no permiten clasificarlo como un criminal nato.

Por lo tanto, el informe médico legal concluye en que José Eggeo no sería loco, ni habría sufrido afección alguna de las que pueden determinar una impulsión morbosa instintiva, siendo las modificaciones de su carácter resultado de la impresión de factores externos y circunstanciales.

### 3.3 Un informe médico legal de 1900: el caso de A. G.

A continuación se describirá en líneas generales un informe médico legal presentado el 3 de noviembre de 1900 por los médicos Alfredo Garibaldi (Director de la Oficina de Identificación Antropométrica) y Enrique Castro (Médico interno del Manicomio Nacional) con los resultados del estudio pericial realizado a A. G.

En el documento se comienza describiendo a A. G. como un italiano de 46 años, casado, quien sería sometido durante 10 días a una investigación para determinar o no su inimputabilidad tras haber cometido el crimen de asesinato de su esposa apuñalándola por la espalda.

Este peritaje comenzará analizando los **antecedentes familiares** del individuo basándose en la información que el mismo aporta, buscando determinar si por parte de alguno de los miembros de su familia (abuelos, padres, tíos, primos, hermanos) cuenta con antecedentes de alguna enfermedad o conducta (consumo de alcohol, delincuencia, prostitución) que pudiera justificar una posible degeneración. Se determinará entonces que las neuropatías forman parte del árbol genealógico del sujeto en cuestión (padre supuestamente epiléptico –se llegaría a la conclusión de que padecería histeria y no epilepsia-, madre histérica, tíos y primos sonámbulos).

Se indaga también sobre los **antecedentes personales**, comenzando por la existencia de problemas o complicaciones mientras su madre se encontraba embarazada de él. Se le pregunta además sobre su carácter (si era tímido, miedoso, etc.) y las enfermedades sufridas durante su infancia, así como complicaciones y enfermedades sufridas desde su adolescencia y ya en su etapa de adultez, teniendo en cuenta dolencias tanto físicas como emocionales que podrían llegar a justificar su estado anómalo actual. El sujeto manifiesta haberse casado con una mujer a pesar de la negativa de la familia y declara haber tenido dos intentos de suicidio (entre otras problemáticas emocionales) por lo que se empieza a manejar la idea de que pueda padecer histerismo.

Se procede entonces a describir el **examen somático** al que fue expuesto, comenzando por sus **datos generales** respectivos a su peso y altura, que serán comparados con la media general de los datos obtenidos del resto de los presos. Se mide también la apertura de sus brazos determinando su proporcionalidad con la altura, datos que luego se compararán con la medida “normal” en los degenerados.

Se procederá luego a analizar la **antropometría del cráneo**, teniendo en cuenta no sólo las medidas, sino también las formas y proporciones, que servirían para delatar rasgo tales como una mayor o menor intelectualidad así como la existencia de ciertas enfermedades como la epilepsia. Los resultados antropométricos además, se compararán con las medias generales de los individuos normales<sup>7</sup>. De estos resultados se concluirá que no se existen anomalías morfológicas ni asimetrías en el cráneo del individuo.

Se continuará con la **medición de la cara**, estudiando las proporciones y medidas, comparando algunas con la media general en epilépticos y personas normales<sup>8</sup>, concluyéndose que no se denotan anomalías, y observándose que la lengua no presenta cicatrices, algo común en personas epilépticas (el individuo habría manifestado reiteradas veces ser portador de esta enfermedad).

**Se analizará el tronco** observando la conformación del tórax, costillas y extremidades así como **se observará la piel**, detallando sus características y buscando indicios de síntomas que denotarían la epilepsia.

Continuarán el análisis observando ahora a la **vida vegetativa** del individuo, refiriendo a la circulación (corazón, pulso), el funcionamiento y fisionomía de los pulmones y al aparato digestivo, realizando estudios para comprobar lo expresado por el individuo que menciona no tener problemas de abuso de bebidas alcohólicas. Se analizan además las secreciones: sudor, saliva y orina

---

<sup>7</sup> En los anexos del presente documento se puede observar el cuadro comparativo (1.1).

<sup>8</sup> En los anexos del presente documento se puede observar el cuadro comparativo (1.2).

(en esta intentan determinar la cantidad y proporción de los fosfatos para comparar los valores con los de las personas normales, epilépticas e histéricas<sup>9</sup>).

Se estudiará luego la **sensibilidad general**, que utilizando determinadas técnicas, como el estesiómetro –herramienta que analiza la distancia mínima en la q se percibe en diferentes regiones de la piel y mucosas- se intentará determinar el nivel de sensibilidad táctil y dolorífica del individuo en respuesta al pinchazo d un alfiler<sup>10</sup>, ya que se cree que las personas con enfermedades mentales tales como el histerismo poseen anestias físicas, por lo que no sentirían dolor al menos en ciertas partes del cuerpo.

El documento prosigue con diferentes estudios sobre la **sensorialidad**, comenzando por la vista, sobre la cual estudiarán los posibles problemas de visión así como la extensión del campo visual y la graduación de los colores, sobre lo que realizaron trazados aplicando el perímetro Landolt a cuatro colores (blanco, rojo, azul y verde)<sup>11</sup> y realizando el estudio una segunda vez en iguales condiciones con la variante de sostener a dos centímetros de la región temporal correspondiente un fuerte imán para poder determinar sí el individuo sufre o no de histerismo (ya que el mismo sostenía la posibilidad de padecer sonambulismo, una fuerte manifestación de esta enfermedad mental)<sup>12</sup>.

Siguiendo con el estudio de la sensorialidad, se pondrán a prueba los sentidos de oído, olfato y gusto, así como el sentido muscular, la movilidad (buscando trastornos en la marcha) y los reflejos.

Como uno de los últimos puntos, se expondrán los resultados del **examen psíquico**, en el cual se analizarán las facultades mentales del individuo, teniéndose en consideración el lenguaje hablado, escrito y mímico (tics, muecas, guiños), así como la memoria que se medirá respecto al recuerdo de acontecimientos durante su vida y mediante un ejercicio de dictado de 80

---

<sup>9</sup> En los anexos del presente documento se puede observar el cuadro comparativo (1.3).

<sup>10</sup> En los anexos del presente documento se puede observar el cuadro con los resultados y la comparación con los resultados en personas normales según Weber y Vierort (1.4)

<sup>11</sup> En los anexos del presente documento se puede observar mencionado trazado (1.5)

<sup>12</sup> En los anexos del presente documento se puede observar el segundo trazado realizado (1.6)

palabras que el sujeto debería leer en voz alta y luego recordar<sup>13</sup>. Se estudiará y medirá también su capacidad imaginativa y su voluntad, así como sus sentimientos, emociones, afectos, pasiones y su instinto sexual. De los resultados no se desprende ninguna característica que indique que el sujeto sufre de histerismo, melancolía u alguna otra afección mental.

Finalmente se exponen las conclusiones de este examen pericial, en las cuales se rechazarán los postulados de la defensa de A. G. (que fueron el motivo por el cual se realizó este estudio), alegando que los resultados de los diferentes estudios realizados afirman que A.G. no sería loco, histérico ni epiléptico (ni nunca lo habría sido).

#### 3.4 Consideraciones sobre los informes médico legales expuestos

Como puede observarse en ambos informes médico legales, los médicos de fines del siglo XIX y principios del XX para poder determinar las facultades mentales de un individuo, tenían en cuenta determinados aspectos de la vida del individuo y utilizaban diferentes metodologías para estudiar cada uno de ellos.

Por un lado, se indagaba sobre los **antecedentes familiares y personales** de determinadas conductas (consumo desmedido de alcohol, prostitución, delincuencia) y enfermedades (sífilis, epilepsia, etc.), factores que en el caso de que se confirmara su presencia, indicarían la degeneración del individuo y su consecuente alienación. Se puede observar aquí una inmensa influencia de la **teoría de la degeneración hereditaria** de Morel, no sólo en el hecho de que se consideren los antecedentes familiares como tan determinantes, sino también en los factores que se consideraban motivos de las patologías mentales: el abuso de sustancias intoxicantes, la influencia del medio social, temperamento malsano, la inmoralidad, enfermedades congénitas o adquiridas en la infancia y por sobre todo: la herencia.

---

<sup>13</sup> En los anexos del presente documento se pueden observar los resultados del ejercicio (1.7)

En ambos informes se puede observar claramente cómo el individuo en cuestión es consultado sobre la salud de sus padres, hermanos, abuelos, tíos y primos, así como de sus propios antecedentes en cuanto a enfermedades tales como la sífilis y la epilepsia, reparando también en el consumo desmedido de alcohol. Toda la información proporcionada por el individuo, es posteriormente sometida al análisis y un proceso de comprobación de la misma, ya sea teóricamente o mediante exámenes físicos. Por ejemplo, el caso de A.G. se lo somete a varios cuestionamientos para lograr deducir si el padre de éste sufría o no de epilepsia, llegando a la conclusión de que contrariamente a lo que él alegaba, su padre sufría de histerismo. Por otro lado, en el mismo caso se realiza un estudio al aparato digestivo para confirmar que no era un consumidor abusivo de alcohol. Esto demuestra que lo que el individuo sometido al estudio pericial comunicaba era cuestionable hasta que fuera comprobado por los médicos.

Cabe resaltar que si bien se admitía la teoría de la degeneración, por más que se comprobara que un individuo contaba con antecedentes de determinada enfermedad mental, si no se comprobaba mediante estudios que el mismo efectivamente la padecía, no era catalogado como enfermo mental, más allá de que se lo considerara propenso a que la afección se le despierte en algún momento de su vida. En el caso de A. G., se estableció que ambos padres eran histéricos y sin embargo no se lo diagnosticó como portador de tal enfermedad debido a que los estudios somáticos no arrojaron resultados acordes.

Otro aspecto de los informes legales a resaltar es el de los múltiples **estudios antropométricos**. En ambos casos se observa la aplicación de mediciones al cuerpo del encausado: cráneo, cara, brazos, torso. Se observan las formas y proporciones, comparando los resultados con medias generales obtenidas, en algunos casos, de la población carcelaria, de personas que sufren de histerismo o epilepsia y de la población considerada normal. Por supuesto las teorías de Lombroso y del determinismo biologicista fueron las que fundaron esta concepción que adoptaron los médicos forenses uruguayos, que estudiaban características como la capacidad encefálica, las orejas, los caninos y maxilares y la forma del cráneo para establecer si el individuo contaba o no con las características de un criminal nato.

De esta manera en el caso de José Eggeo se establece que sus rasgos y características físicas no difieren de las de un individuo normal, al tiempo que no se le detectan anomalías en el cráneo, y al expresar las conclusiones el médico alude textualmente a que no cumple con las características de un criminal nato. Por otro lado, en el caso de A. G. se refiere más detalladamente a las comparaciones de los datos resultantes de sus medidas con las medias generales de las personas normales, criminales, epilépticas e histéricas, lo que se utilizará como herramienta principal para su diagnóstico.

Por último, se puede observar también en ambos casos, pero más detalladamente en el de A. G., que los individuos son sometidos también a estudios sobre su intelectualidad, emociones y sentimientos. Se realizan estudios sobre su capacidad y forma de expresión a nivel oral, escrito y gestual, así como sobre su memoria y capacidad imaginativa. Se investiga sobre sus pasiones y afectos, así como sus conductas sexuales, buscando descubrir si existe en ellos algún tipo de perversión, actitud o sentimiento que permita deducir una enfermedad mental. Esto está muy relacionado con los aportes de Freud, que se desarrollarán con más profundidad conforme siga avanzando el siglo XX, cuya teoría, según Barrán:

fue aceptada como otra forma más elaborada y liberal del tradicional control moral del deseo, y se reconoció el rol de la sexualidad en la histeria. (...) El aporte de Freud más singular a aquella fría y autoritaria psiquiatría positivista consistió en la valorización de la escucha del enfermo. (1995: 139)

De manera que el discurso del enfermo mental que era totalmente desestimado por los médicos, comenzó paulatinamente a recobrar sentido y ser considerado (aunque, como se expresó anteriormente, en esta época su validez era parcial, ya que podía ser fácilmente desacreditado por los estudios médicos).

Se puede afirmar entonces, que la psiquiatría uruguaya de principios del siglo XX se configuró bajo cierto eclecticismo donde convergieron varias perspectivas como la teoría de la degeneración hereditaria, teorías de corte biologicistas como las de Lombroso y el determinismo biológico y los aportes de Freud que

apuntaban al psicoanálisis y paulatinamente cobrarían más fuerza conforme avance el siglo.

## CONSIDERACIONES FINALES

La investigación realizada permite sostener que el proceso de incursión de la medicina en la criminalidad se dio por medio de lo que hoy día se denomina medicalización, proceso que implica la extensión de los dominios de la medicina a otros campos de la vida social que hasta el momento se encontraban ajenos a él (Mitajvila, 1998).

Por ende, la criminalidad comenzará a ser abordada desde el discurso médico, en un proceso que desde una perspectiva foucaultiana, se podría afirmar que estaría asociado al desarrollo de estrategias biopolíticas de control social (Foucault, 1992).

En el caso de Uruguay, en el pasaje del siglo XIX al XX, el proceso de modernización en el cual estaba inmerso el país generó las condiciones para que el proceso de medicalización de la sociedad avanzara fuertemente (Barrán, 1995).

Durante este proceso de avance de la medicina hacia nuevos campos de la sociedad, la psiquiatría también tuvo su ardua lucha para poder consolidarse como profesión y lograr autonomía, haciendo hincapié en la necesidad de establecer como campo profesional exclusivo de la psiquiatría las instituciones y procesos que estuvieran relacionados con la enfermedad mental, como la gestión del –entonces denominado- Manicomio Nacional, donde (hasta 1911) los médicos se encontraban subordinados a las autoridades religiosas que gestionaban el funcionamiento del establecimiento (Duffau, 2015b).

De esta manera, ya comenzado el siglo XX, la psiquiatría no solo habrá conseguido su autonomía y legitimidad como profesión, sino que obtendrá el monopolio de la asistencia a la enfermedad mental y la delegación de la función forense frente al poder judicial.

Dicha función forense, implica establecer las facultades mentales de un individuo que cometió un crimen, es decir, estudiar al sujeto para determinar si sufre de alguna enfermedad mental que haya influido en su manera de actuar;

información sobre la cual se apoyará el Juez para determinar la imputabilidad o inimputabilidad del individuo en cuestión.

Como se demuestra en el trabajo realizado, la metodología utilizada por los médicos psiquiatras para poder establecer si un individuo era portador o no de una enfermedad mental, fueron el estudio de los antecedentes (familiares y personales) en cuanto a la presencia de enfermedades y conductas consideradas de riesgo, la antropometría (mediciones del cuerpo) en busca de indicios físicos de alguna enfermedad, y el análisis psíquico (emociones, afectos, sexualidad, lenguaje hablado, escrito y mímico, entre otros) que buscaba encontrar patrones de anormalidad en la psique del individuo.

Estas metodologías se fundamentan en distintos modelos etiológicos fundados en Europa, pero se aplican de tal manera que permiten la convivencia de las diferentes perspectivas sin que una excluya o anule a la otra. De forma que puede afirmarse que la psiquiatría uruguaya de principios del siglo XX se configuró bajo cierto eclecticismo donde convergieron varias perspectivas como la teoría de la degeneración hereditaria, teorías de corte biologicistas como las de Lombroso y el determinismo biológico y los aportes de Freud que apuntaban al psicoanálisis y paulatinamente cobrarían más fuerza conforme avance el siglo.

## BIBLIOGRAFÍA

**BARRÁN, JOSÉ PEDRO** (1995) *“Medicina y sociedad en el Uruguay del Novescentos”* Tomo 3: *“La invención del cuerpo”* Ediciones La Banda Oriental, Montevideo.

**BELTRÁN, MARÍA JOSÉ, BENTURA, CELMIRA Y ORTEGA, ELIZABETH** (2015) *“Locura y crimen en el Uruguay de principios del siglo XX”* Trabajo presentado en las XIV Jornadas de Investigación de la Facultad de Ciencias Sociales-UdelaR. Montevideo, 15, 16 y 17 de setiembre de 2015.

**BELTRÁN, MARÍA JOSÉ Y ORTEGA, ELIZABETH** (2015) *“La medicalización del crimen en Uruguay a comienzos del siglo XX”* XVII Congresso Brasileiro de Sociologia - 20 a 23 de Julho de 2015, Porto Alegre (RS)

**CABRERA, HERNÁN, et al.** (2009) *“La inimputabilidad por trastornos psiquiátricos en el proceso judicial”* Programa de Apoyo a la Investigación Estudiantil de la Comisión Sectorial de Investigación Científica (CSIC) 2008 – 2009 Recuperado de <http://www.fhuce.edu.uy/jornada/2010/PONENCIAS/CABRERAetal.PDF>

**CAPONI, SANDRA** (2009) *“Para una genealogía de la anormalidad: la teoría de la degeneración de Morel”* Scientiastudia, São Paulo, v. 7, n. 3, p. 425-445

\_\_\_\_\_ (2012) *“Para una genealogía de la psiquiatría ampliada”* Cadernos Brasileiros de Saúde Mental, ISSN, Florianópolis, V. 3, N°6, Pp.106-125

**CASTEL, ROBERT** (1986) *“De la peligrosidad al riesgo”* en Mills, C. Wright. Materiales de sociología crítica. Madrid: La Piqueta, pp. 219-243.

**DEL CASTILLO, R., DOGMANAS, D. Y VILLAR, M.** (2011) *“Hacia una Rehabilitación Psicosocial Integral en el Uruguay”* Revista Psicología, Conocimiento y Sociedad. Recuperado de <http://revista.psico.edu.uy/index.php/revpsicologia/article/view/102/36>

**DUFFAU, NICOLÁS** (2015a) *“Discutir la cárcel, pensar la sociedad.” “El debate sobre los “locos criminales” en el Uruguay del Novecientos. Análisis histórico de una problemática actual.”* Pp.75-89 Trilce, Montevideo

\_\_\_\_\_ (2015b) *“Saberes y prácticas de la Psiquiatría en Uruguay (1860-1910): de la Colonia de Alienados al Hospital Vilardebó. Etapas de una evolución conflictiva”* Revista Culturas Psi/Psy Cultures N°5, Buenos Aires

**FONTES, MARTINS** (2010) *“Antropolgia da doença - Laplantine, François.”* Monografía ,São Paulo.

**FOUCAULT, MICHEL** (1992) *“La evolución de la noción del “individuo peligroso” en la psiquiatría legal”* en *“La vida de los hombres infames. Ensayos sobre desviación y dominación”* Editorial Altamira, Buenos Aires.

\_\_\_\_\_ (2000) *“Defender la sociedad: curso en el Collège de France (1975-1976)”* Primera edición en español. Fondo De Cultura Ecnómica, Argentina. Recuperado de: <http://primeraparadoja.files.wordpress.com/2011/03/1976-defender-la-sociedad.pdf>

\_\_\_\_\_ (2002) *“Vigilar y castigar: nacimiento de la prisión”*. Siglo XXI Editores Argentina, Buenos Aires.

**MADUREIRA, NUNO LUÍS** (2003) *“A estatística do corpo: Antropología física e antroponometria na alborada do século XX”* Etnográfica, vol. vii (2), Lisboa: CEAS-ISCTE

**MITJAVILA, MYRIAM** (1998) “*El saber médico y la medicalización del espacio social*” Departamento de Sociología, Facultad de Ciencias Sociales, Documento de Trabajo N°33

**ORTEGA, ELIZABETH** (2002) “*El Servicio Social y los procesos de medicalización de la sociedad uruguaya en el período neobatllista*” Disertación presentada como requisito formal para la obtención del título de Master en Servicio Social. Montevideo.

## FUENTES

- Archivo General de la Nación (1893) “*Pericia a José Eggeo*”
- **CASTRO, ENRIQUE Y GARIBALDI, ALFREDO** (1900) “*Informe médico-legal presentado en la causa del homicida A. G.*” Revista Médica del Uruguay
- Código Penal concordado y actualizado. Setiembre 2009. Incluye Apéndice Normativo. ROU. Dirección Nacional de Impresiones y Publicaciones Oficiales.

## ANEXOS

### 1.1 Cuadro comparativo de mediciones craneanas:

	G.	Medias normales
Circunferencia horizontal . . . . .	587 m.m.	554 m.m.
Curva antero-posterior. . . . .	350 »	335 »
Curva transversa. . . . .	362 »	340 »
Diámetro antero-posterior máximo . .	200 »	190 »
Diámetro transversal máximo . . . . .	160 »	160 »
Suma ó capacidad cránica probable . .	<u>1,659 c.c.</u>	<u>1,579 c.c.</u>

### 1.2 Cuadro comparativo de medidas de la cara:

MEDIDAS DE LA CARA			
	En G.	En los epilépticos	En los normales
Diámetro bizigomático . . . . .	120 mm.	111.5 mm.	109.7 mm.
Diámetro bi-maxilar . . . . .	91 mm.	100.5 »	94.1 »

### 1.3 Cuadro comparativo de la cantidad y proporción de los fosfatos presentes en la orina:

	En G.	En los normales	En los epilépticos	En los histéricos
Proporción en ácido fosfórico de los fosfatos alcalinos. . . . .	7	3	3	3
Fosfatos terrosos . . . . .	1	1	1	2



